

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**“Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención
prenatal en gestantes que acuden al consultorio de
Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” -
enero a marzo del 2015.”**

TESIS

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia**

AUTOR

Janeth Mirella Navarro Vera

ASESOR

Huertas Tacchino Erasmo

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy grande a mis padres por su apoyo incondicional. A mi asesor el Dr. Erasmo Huertas Tacchino por su paciencia, y sus valiosos aportes para la realización de esta investigación. A las gestantes del centro de salud Leonor Saavedra que participaron de manera voluntaria en este trabajo. A las obstetrices del centro de salud Leonor Saavedra en especial a la obstetra Edita Cuya Candela por el apoyo en la recolección de datos.

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mis padres y hermano por su amor, confianza y apoyo incondicional, a todas las Obstetrices y médicos gineco-obstétricos docentes que me inculcaron el camino de la investigación y a todas las madres y niños por nacer que son la razón de mi profesión.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y MÉTODOS	19
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	19
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	19
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	19
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	20
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	20
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	20
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
3. RESULTADOS	22
4. DISCUSIONES	30
5. CONCLUSIONES	33
6. RECOMENDACIONES	34
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
8. ANEXOS	38
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO	42
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	44

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud "Leonor Saavedra" durante los meses de enero a marzo del 2015.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo observacional con diseño analítico de casos y controles, prospectivo, transversal. En el estudio participaron un total de 80 gestantes las cuales fueron divididas en dos grupos: 37 gestantes que inician tardíamente su atención prenatal (grupo caso) y 43 gestantes que inician tempranamente su atención prenatal (grupo control) en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud "Leonor Saavedra" durante los meses de enero a marzo del 2015. Para el análisis estadístico se estimaron frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central para el análisis descriptivo. Para el análisis inferencial se calculó la prueba Chi cuadrado, con un nivel de confianza de 95%, y para cálculo del riesgo se calculó el Odd Ratio.

RESULTADOS: La mayoría de gestantes (53.8%) evaluadas en el estudio inicia tempranamente su atención prenatal en el centro de salud Leonor Saavedra. Al evaluar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal, se observan que los factores socioeconómicos no fueron considerados de riesgo para el inicio tardío del control prenatal. Sin embargo en cuanto a los factores personales como: el ser víctima de violencia ($p=0.013$) ($OR=0.013$), que la familia muestre poco interés por la salud de la gestante ($p=0.003$) ($OR=0.003$), presentar problemas durante el embarazo ($p=0.006$) ($OR=0.006$), tener problemas de dinero para costear la atención prenatal ($p=0.014$) ($OR=0.014$), tener dificultades de acudir al CPN por su trabajo ($p=0.001$) ($OR=8.11$), el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud ($p=0.001$) ($OR=2.536$) y considerar poco importante la atención prenatal ($p=0.027$) ($OR=2.303$), tuvieron frecuencias significativamente diferentes; por tanto, se consideran factores de riesgo asociados al inicio tardío de la atención prenatal. Al respecto de los factores de riesgo obstétricos de las gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal, se evidencia que el ser multigesta (I. tardío=67.6%, I. Temprano=0%) ($p=0.000$) presenta frecuencias diferentes en ambos grupos, por tanto se considera como factor de riesgo de inicio tardío de la atención prenatal ($OR=4.58$). Respecto a los factores institucionales, se encontró frecuencias similares entre el grupo de gestantes de inicio temprano y tardío de la atención prenatal, no encontrándose asociación no riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal.

CONCLUSIÓN: Los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud "Leonor Saavedra" son: la condición de multigesta, tener problemas de dinero, tener dificultad para acudir al CPN por su trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, inicio tardío, atención prenatal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the main risk factors for the late onset of prenatal care in pregnant women attending clinics of obstetrics of the Health Center "Leonor Saavedra" during the months of January to March 2015.

METHODOLOGY: Observational study with analytical design of case-control and prospective transversal. The study involved a total of 80 pregnant women which were divided into two groups: 37 pregnant women who belatedly begin their prenatal care (case group) and 43 pregnant women who early start their prenatal care (control group) in the office of obstetrics Center health "Leonor Saavedra" during the months of January to March 2015. For statistical analysis, the descriptive analysis, were estimated absolute frequencies, relative frequencies and measures of central tendency. For the inferential analysis Chi square test was calculated with a confidence level of 95%, and was calculated the risk with Odd Ratio.

RESULTS: Most pregnant women (53.8%) evaluated in the study early start your prenatal care at health center Leonor Saavedra. To evaluate the risk factors for late entry into prenatal care are observed that socioeconomic factors were not considered at risk for late onset of prenatal care. Though in terms of personal factors such as being a victim of violence ($p=0.013$) ($OR=0.013$), that the family show little interest in the health of pregnant women ($p=0.003$) ($OR=0.003$), submit problems during pregnancy ($p=0.006$) ($OR=0.006$), have problems with money to pay for prenatal care ($p=0.014$) ($OR=0.014$), difficulty of going to NPC for his work ($p=0.001$) ($OR=8.11$), previous negative experiences during consultations in health facilities ($p=0.001$) ($OR=2.536$) and consider unimportant prenatal care ($p=0.027$) ($OR=2.303$) were significantly different frequencies; therefore, are considered risk factors associated with late entry into prenatal care. With respect to the obstetric risk factors of pregnant women with late onset and early prenatal care, it is evident that to be multigesta (late I. = 67.6%, R Early =0%) ($p=0.000$) presents different frequencies both groups thus it is considered as a risk factor for late onset of prenatal care ($OR=4.58$). With regard to institutional factors, was observed similar frequencies among the group of pregnant women in early and late onset of prenatal care was not found association no risk to the late onset of prenatal care.

CONCLUSIONS: The main risk factors for late entry into prenatal care in pregnant women at the Health Center "Leonor Saavedra" are the condition multigesta, having money problems, having difficulty to go to the CPN for his work and history negative experiences with any questions.

KEYWORDS: Risk factors, late start, prenatal care.



1. INTRODUCCIÓN

La atención prenatal involucra una serie de visitas por parte de la gestante a la institución de salud¹, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, para preservar la salud del binomio madre- niño; diversas investigaciones han podido demostrar que estas consultas prenatales contribuyen a descender la mortalidad materna y perinatal, evidenciándose un efecto positivo tanto en países altamente desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

En países como Cuba, Japón, Canadá y los Estados Unidos la concurrencia de las gestantes a consulta es muy elevada, es decir, la asistencia oscila entre un 75 a 95%, sin embargo, en países como África, Asia y Latinoamérica, las gestantes no reciben atención prenatal en un 35%; y el 70% de las gestantes que acude lo realiza tardíamente, siendo los factores causales variados, ocasionando retraso en la salud materna².

En el Perú, la atención prenatal (APN) es considerada como uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la conceptualiza como "la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre"¹, estando destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los componentes que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal³. Según el ENDES 2012, el 98.4% de las mujeres de nuestro medio asistió a alguna atención prenatal, encontrándose un ligero incremento respecto al ENDES 2009 (94.5%), cabe resaltar que la primera visita de atención prenatal debe realizarse tempranamente para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y el parto, sin embargo se no se han estimado cifras exactas de gestantes que acudan de manera temprana a la atención, por el contrario en la práctica obstétrica se ha observado un incremento de gestantes que acude al inicio del control prenatal de forma tardía, es decir, después de los 4 meses, estos datos son preocupantes, ya que en una consulta prenatal oportuna se pueden detectar diferentes alteraciones fetales e incluso problemas maternos que pueden ser tratados oportunamente⁴, los cuales evaluados tardíamente, son difíciles de solucionar.



Estudios llevados a cabo en diferentes países refieren que hay una serie de factores que están asociados a que las gestantes inicien tardíamente la atención prenatal, entre ellos destacan:

Cresswell y asociados (Reino Unido) en el año 2013 llevaron a cabo una investigación titulada “Los predictores de la fecha de inicio de la atención prenatal en una cohorte urbana étnicamente diversa en el Reino Unido”, donde observaron que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con la edad materna menor de 20 años, la alta paridad y el vivir en alojamientos temporales⁵.

Córdoba y cols (Colombia) en el año 2012 publicaron un trabajo titulado “Factores Asociados a la Inasistencia al Primer Trimestre del Control Prenatal en Mujeres Gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila” donde hallaron que los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos⁶.

Beeckman y asociados (Bélgica) en el año 2011, efectuaron un estudio titulado: “Factores predisponentes, facilitadores y determinantes del embarazo relacionados con el inicio tardío de la atención prenatal” llegando a observar que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con la inactividad en el mercado laboral, los bajos ingresos económicos, no tener un obstetra regular y las dificultades para conseguir una primera cita⁷.

Sunil et al (USA) en el año 2010 en su investigación titulada “Iniciación y obstáculos al uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas” encontraron que las menos educadas, que vivían solas o que no habían planeado su embarazo eran más propensas a iniciar tardíamente el control de atención prenatal⁸.

Este problema no difiere de lo observado en diversos Centros de Salud, un ejemplo claro se encuentra en el Centro de Salud Leonor Saavedra, donde se ha observado que las gestantes que acceden a las atenciones prenatales, no lo realizan en sus inicios, es decir muchas veces acuden a consulta después de los 4 meses de gestación e incluso la periodicidad de la asistencia no es la correcta, entre las causas



evaluadas se encuentra la edad, los bajos ingresos de la paciente, las barreras financieras, la pareja, el desconocimiento de un embarazo, el no contar con seguro, etc.

Luego de lo mencionado, detallaremos mediante la literatura los conceptos de atención prenatal, inicio tardío de la atención prenatal y sus factores de riesgo.

La **atención prenatal** (APN) es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Se caracteriza por ser ^{9, 10, 11}:

Precoz.

Periódico:

Hasta las 32 semanas: Mensual

Durante 32 – 36 semanas: Quincenal

Desde las 37 semanas: Semanal

Integral.

Amplia cobertura.

Entre sus objetivos se encuentran ^{10, 12}:

Evaluar integralmente a la gestante y al feto e Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.

Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.

Prepara física y mentalmente a la gestante para el parto, así como realizar la estimulación prenatal al feto.

Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.

Promover la adecuada nutrición.

Detectar el cáncer de cérvix uterino y la patología mamaria.



Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.

Prevenir el tétanos neonatal.

Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido.

Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja y la familia.

Según la Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna, el esquema básico de atención prenatal incluye ¹³:

Primera atención prenatal (< 14 semanas): confirmación del embarazo, Orientación/ consejería y evaluación nutricional, anamnesis, detección de signos de alarma, medición de la talla, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, examen gineco-obstétrico, evaluación clínica de la pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico de número de fetos, determinar grupo sanguíneo y Rh, determinación de Hb o Hto, Urocultivo o examen de orina, detección de diabetes gestacional, VIH/RPR, Proteína en orina, toma de PAP, evaluación con ecografía, administración con ácido fólico, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar.

Segunda atención prenatal (14-21 semanas): Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), Proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, Administración de hierro + ácido fólico, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.

Tercera atención (22-24 semanas): detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, Proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, Administración de hierro + ácido fólico, administración de



calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.

Cuarta atención (25-32 semanas): detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, detección diabetes gestacional, Proteína en orina, Administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.

Quinta atención (33-36 semanas): detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, evaluación clínica de la pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, VIH/RPR, Proteína en orina, Bienestar fetal, test no estresante, Administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.

Sexta atención (37-40 semanas): detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, Proteína en orina, Bienestar fetal, test no estresante, Administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.



El **inicio de la atención prenatal** debe ser lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral.

Según las diferentes Guías del Perú (Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, Guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, Guía del Hospital San José, etc.) consideran que como mínimo una gestante debe recibir 06 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera^{9, 10, 11}:

Dos atenciones antes de las 22 semanas.

La tercera entre las 22 a 24 semanas.

La cuarta entre las 27 a 29 semanas.

La quinta entre las 33 a 35 semanas.

La sexta entre las 37 a 40 semanas.

El inicio del APN es un acto voluntario y se refiere a la primera visita que realiza la mujer gestante a un proveedor de salud que puede ser el médico, o la obstetra, la conducta ideal y esperada es que la mujer acuda inmediatamente a su APN cuando confirma que está embarazada. El inicio de una APN en forma precoz, es una forma de prevenir el bienestar del binomio madre niño¹⁴.

El **inicio tardío de la atención prenatal**, según el Ministerio de Salud, se define como aquella primera atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después¹³.

Se han realizado diversos estudios, con la finalidad de identificar aquellos factores que se encuentran riesgo asociado al inicio de la atención prenatal, más aun los que influyen directamente en las gestantes para que decidan iniciar tardíamente su control del embarazo, observando que se presentan una serie de factores, tales como, personales, familiares, institucionales, entre otros, los cuales implican que estas pacientes no decidan certeramente con su atención oportuna, entre los principales indicadores se ha observado que la confidencialidad, el respeto, el acceso geográfico, los tiempos de espera, el horario de atención adecuado y la disponibilidad de horas,



han sido determinantes para que las gestantes decidan sobre el inicio de su atención¹⁵⁻¹⁸.

Por otro lado, en muchas comunidades de bajos recursos del Perú, la búsqueda de atención prenatal conlleva costos directos y de oportunidad que aumentan cuanto mayor sea la distancia a recorrer y que refuerzan la idea de que la búsqueda de atención prenatal pueda ser innecesaria o una pérdida de tiempo. La mujer y quien la acompañe tiene que interrumpir sus actividades diarias, ya sean laborales, domésticas o de cuidado de familiares y tiene que conseguir recursos para el transporte. Del mismo modo se ha podido observar en la práctica clínica, que muchas gestantes se quejan por las esperas prolongadas, hasta el punto que algunas se van del establecimiento sin haber sido atendidas¹⁹.

Los **principales factores de riesgo, asociados al inicio tardío de la atención prenatal** son^{6, 8, 15}.

Factores Socioeconómicos: Son aquellas situaciones propias y relacionadas a su entorno, manifestadas por la gestante, que pueden influenciar en la decisión de iniciar la atención prenatal o que pueden dificultarlo, tales como:

La edad

El estado civil

El nivel de instrucción

La ocupación.

La procedencia

La condición laboral

El apoyo económico

Los ingresos económicos.

Factores Personales: son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de las gestantes. Las fuentes principales de influencia interpersonal en la conducta promotora de salud son los familiares, los amigos y los proveedores de salud que afectan la conducta de las gestantes, a través de las presiones



sociales o estímulos para realizar la acción. Para el presente estudio se señalaran como indicadores²⁰:

Violencia familiar.

Preocupación de la familia por la salud de la gestante.

Relación con la pareja

Actitud de la pareja frente al embarazo.

Apoyo afectivo de la pareja.

Antecedente personal de embarazo adolescente

Desinterés por parte de la gestante en cuidar de su salud.

Grado de Importancia hacia la atención prenatal

Temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal

Factores Obstétricos: Muchas veces las gestantes multíparas, por su experiencia, manifiestan que no hay la necesidad de acudir tempranamente a la consulta prenatal, del mismo modo cuando el embarazo ha sido no deseado muchas de ellas se niegan a aceptar su gestación mientras esta no esta no se manifiesta por el crecimiento del útero, por los movimientos fetales o por alguna incomodidad en la salud de la madre.

Gestaciones previas.

Número de hijos.

Periodo intergenésico corto

Embarazo deseado o planificado.

Factores Institucionales: estarán conformadas por todos aquellos indicadores propios del establecimiento o del sistema de salud que pudieran influir el inicio de la atención prenatal. Un aspecto a tener en cuenta dentro de los factores que



podrían influir en la decisión del inicio de la atención prenatal es el acceso de la familia gestante a los servicios de salud, en este sentido, habría que analizar en primer lugar la distancia demográfica y psicológica de los profesionales en salud con respecto a la población que demanda atención. Pender en el año 2012 mencionan que *"las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto pueden facilitar o impedir la conducta promotora de salud en las personas"* ²⁰. Por tal motivo si una gestante observa que la institución y los profesionales no brindan un servicio de calidad y calidez, demostrando confianza, compromiso e interés por una maternidad segura, será más difícil que ellas acudan a tiempo para el inicio de sus controles, entre los indicadores que estudiaremos en el presente trabajo se encuentran

Tiempo de afiliación de las usuarias gestantes al SIS.

Conformidad con la cita de atención prenatal.

Limitaciones de acceso.

Falta de personal de salud femenino.

Trato del personal de salud.

Situación de los equipos del establecimiento.

Existen más factores que pueden influir para el inicio tardío de la atención prenatal, en un estudio realizado en gestantes adolescentes, se identificó que entre las barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se relacionaron con el temor y la vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilidad y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años²¹.

Es de suma importancia realizar estudios que permitan la identificación de factores de riesgo sobre todo aquello que influya negativamente en el desarrollo de una maternidad segura, el cual es un factor fundamental en el proceso de la salud reproductiva, básicamente, porque el embarazo, el parto y el posparto se convierten



en razones primordiales de incapacidad y fallecimiento de mujeres, que viven en países en vías de desarrollo.

Desde el punto de vista profesional, es necesaria la realización de este estudio, ya que como obstetras y habiendo adquirido el compromiso de cuidar la salud reproductiva de las personas, especialmente de la mujer, el cual fue inculcado desde las aulas universitarias, somos responsables inmediatos de actualizar en la práctica, los protocolos especificados de la APN y también de concientizar a través de una serie de estrategias innovadoras para que las gestantes acudan oportunamente al cumplimiento en su totalidad de la APN; por lo cual, los resultados permitirán determinar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal (APN), en las gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra”, así como observar a manera de muestra, la realidad del establecimiento, lo cual ayudará a los obstetras de este establecimiento a crear estrategias tendientes y específicas para que las gestantes acudan tempranamente a su APN, en base a las ventajas que trae un inicio temprano de la APN, tanto para la madre, el niño por nacer y la familia que los rodea a ambos.

De mismo modo, los resultados beneficiaran al establecimiento, puesto que busca identificar si existe algún factor institucional que influye en el inicio tardío de la atención prenatal, lo cual será un aporte muy importante, ya que el centro de salud lo puede utilizar como un indicador de la calidad de la atención que recibe este grupo poblacional o sobre la percepción que tienen sobre el establecimiento.

Finalmente, desde el punto de vista investigativo, las conclusiones y recomendaciones del presente proyecto, podrán servir de base y sustento para la elaboración de otros estudios con una temática similar; lo cual en su conjunto, favorecerán a las futuras gestantes y por ende a la población en general, puesto que incrementará el conocimiento científico, en todo aquel profesional que busque la mejora de salud materna en nuestro país.

De acuerdo a lo detallado nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015?



Objetivo general

Determinar los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015.

Objetivos específicos

Determinar la frecuencia de gestantes que acuden tardíamente a su control prenatal

Identificar los factores socioeconómicos de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de Salud “Leonor Saavedra”.

Identificar los factores personales de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de Salud “Leonor Saavedra”.

Identificar los factores obstétricos de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de Salud “Leonor Saavedra”.

Identificar los factores institucionales de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de Salud “Leonor Saavedra”.



Definición de Términos:

- **Atención prenatal:** conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes cuyo propósito es lograr una óptima atención en salud para obtener un recién nacido vivo, sano y sin complicaciones maternas²².
- **Inicio temprano de la atención prenatal:** inicio de la atención prenatal realizada hasta antes de las 14 semanas de gestación.
- **Inicio tardío de la atención prenatal:** se refiere al inicio de la atención prenatal desde las 14 semanas a más de gestación.
- **Factores de riesgo:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir o disminuir una enfermedad o lesión²³.
- **Embarazo:** proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto, tiene una duración de 280 días o 9 meses aproximadamente^{24, 25}.



2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo observacional con diseño analítico, de casos y controles, prospectivo, transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Gestantes que inician su atención prenatal en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015.

2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de Análisis: Gestante con edad gestacional mayor o igual a 14 semanas que inició su atención prenatal en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015.

Tamaño Muestral: El tamaño muestral estuvo conformado por 80 gestantes divididas en dos grupos:

Grupo casos: 37 gestantes que inician tardíamente (con edad gestacional de 14 a más semanas) su atención prenatal.

Grupo control: 43 gestantes que inician tempranamente (con edad gestacional < a 14 semanas) su atención prenatal.

Tipo de muestreo: No se empleó un tipo de muestreo, ya que se realizó un registro censal de todos los casos de inicio temprano e inicio tardío de la atención prenatal.

Criterios de inclusión:

Gestantes de 14 semanas o más que acuden por primera vez a su atención prenatal (**grupo casos**).

Gestantes de menos de 14 semanas de gestación que acuden por primera vez a su atención prenatal (**grupo control**).

Gestantes que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Gestantes que no terminen de completar la encuesta.

Gestantes que acudan a su primera atención prenatal en el establecimiento, pero que ya se hayan realizado alguna atención en otro establecimiento del MINSA.

Gestantes con trastornos psiquiátricos.



Gestantes con retardo mental.

2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Factores de riesgo

Inicio tardío de la atención prenatal.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La **técnica** que se utilizó fue la encuesta y el **instrumento** fue un cuestionario para determinar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal, el cual estuvo estructurado en cuatro partes: la primera parte conformada por 9 preguntas entre abiertas y cerradas, recopiló información sobre aspectos socioeconómicos, la segunda parte estuvo conformada por 14 preguntas cerradas con información personal, la tercera conformada por 6 preguntas sobre datos obstétricos y la cuarta conformada por 10 preguntas cerradas sobre los factores institucionales. Este cuestionario fue sometido a una prueba piloto, donde se obtuvo un coeficiente de Kuder Richarson confiable (0.603).

2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Antes de iniciar con la recolección de los datos se solicitó los permisos correspondientes a la jefatura del establecimiento de salud y al servicio de Obstetricia, presentando adjunto a la solicitud una copia del protocolo de investigación y la resolución que indicaba la aprobación del título de investigación.

Los datos fueron recolectados en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra”.

Se encuestaron a todas las gestantes que tenían de 14 semanas a más de embarazo y que acudían a realizar su primera atención prenatal durante los meses de enero, febrero y la primera semana de marzo del 2015.

El llenado de la encuesta tuvo una duración aproximada de 15 minutos y fue llevada a cabo antes de iniciar la atención prenatal por la investigadora, quien proporcionó la información correspondiente e indicó la necesidad de firmar el consentimiento informado a cada participante.

Una vez culminada la recopilación de la información se procedió al análisis de los datos.

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS v.21, el cual permitió analizar las variables de tipo cuantitativas y cualitativas.



Se realizó un análisis descriptivo donde se hizo uso de frecuencias relativas, absolutas y promedios.

El análisis de relación se realizó mediante la prueba de correlación de Pearson para las variables cuantitativas y el chi cuadrado para las variables cualitativas.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo de esta investigación implicó una serie de consideraciones éticas a tener en cuenta, tales como:

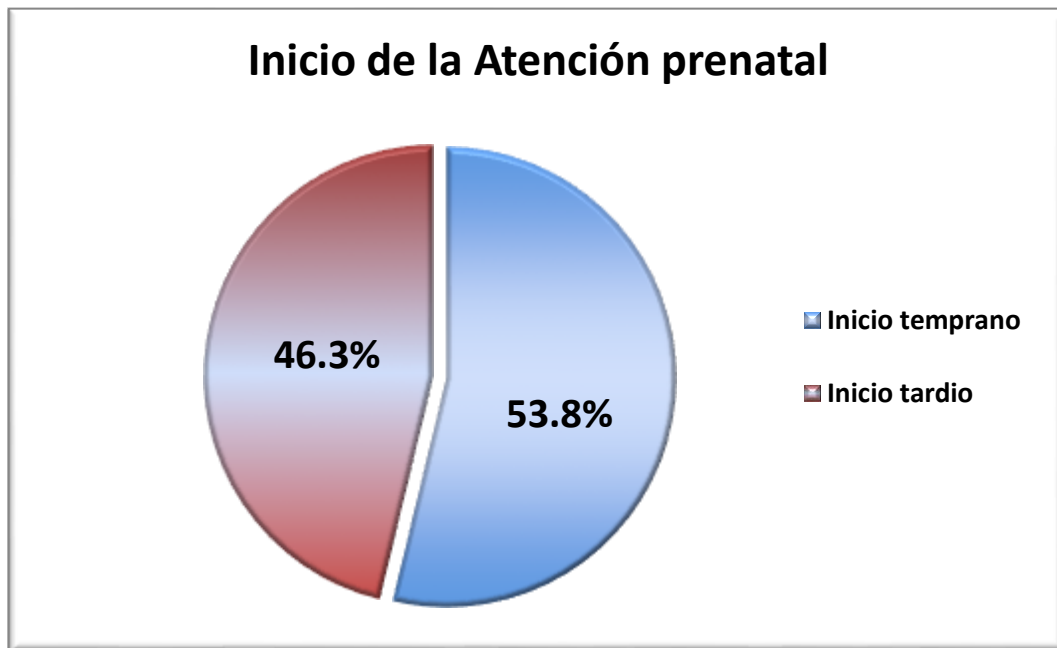
Gestionar la aprobación del proyecto por parte del comité de investigación de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia y de la jefatura del establecimiento de salud

Hacer uso de un documento legal, como el consentimiento informado (Ver Anexo N° 2), en el cual se describió detalladamente, los objetivos y el propósito de la investigación, los beneficios y riesgos, la confidencialidad, además de enfatizar de que la participación de cada gestante es libre y voluntaria.

Cabe resaltar que como el estudio es observacional, no existieron riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida ni daños a terceros.

3. RESULTADOS

Grafico N°1: Frecuencia de gestantes que acudieron tardíamente a la atención prenatal en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015



Fuente: Cuestionario sobre factores riesgo para el inicio tardío de la Atención Prenatal

La mayoría de gestantes (53.8%) inicia tempranamente su atención prenatal en el centro de salud Leonor Saavedra (Grafico N°1).



Tabla N°1: Características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra”. 2015

Características socioeconómicas	Inicio del Atención Prenatal	
Edad promedio	Promedio \pm DS (Mín. - Máx.)	
	26.59 \pm 5.96 (19 - 41)	
	N	%
Edad		
19 a 34 años	60	75.0%
> 34 años	20	25.0%
Estado civil		
Soltera	33	41.3%
Casada	7	8.8%
Conviviente	40	50.0%
Grado de Instrucción		
Primaria	8	10.0%
Secundaria	65	81.3%
Superior	7	8.8%
Ocupación		
Ama de casa	42	52.5%
Independiente	15	18.8%
Empleada	20	25.0%
Estudiante	3	3.8%
Apoyo económico		
Su pareja	48	60%
Sus padres	26	32.5%
Algún familiar	4	5.0%
Independiente	2	2.5%
Ingreso Económico		
Menor 750 soles	50	62.5%
750 a 1000 soles	30	37.5%
Total	80	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre factores riesgo para el inicio tardío de la Atención Prenatal

En la tabla N°1 se observan las características socioeconómicas de las gestantes que iniciaron la atención prenatal en el Centro de Salud “Leonor Saavedra”, teniendo como edad promedio de las gestantes 26.59 años y encontrándose la mayoría entre 19 a 34 años (75%). Además la mayoría de ellas tiene estado civil de conviviente (50%) y soltera (41.3%), grado de instrucción secundaria completa (81.3%) y ocupación de ama de casa (52.5%). Respecto al apoyo económico, más de la mitad (60%) tiene apoyo económico de su pareja, seguido del apoyo de sus padres (32.5%). Respecto al

ingreso económico, la mayoría (62.5%) percibe un ingreso menor a 750 soles mensuales.

Tabla N°2: Factores socioeconómicos de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra”. 2015

Factores Socioeconómicos	Inicio de la Atención Prenatal				p	OR
	Inicio Tardío		Inicio Temprano			
	N	%	N	%		
Edad					0.154	0.476 (0.170 – 1.336)
19 a 34 años	25	67.6%	35	81.4%		
> 34 años	12	32.4%	8	18.6%		
Vive con pareja					0.41	1.462 (0.592 – 3.610)
Si	23	64.9%	24	55.8%		
No	14	35.1%	19	44.2%		
Grado de Instrucción					0.50	0.671 (0.149 – 3.018) 1.939 (0.59 – 6.302) 0.434 (0.079 – 2.384)
Primaria	3	8.1%	5	11.6%		
Secundaria	32	86.5%	33	76.7%		
Superior	2	5.4%	5	11.6%		
Situación laboral					0.150	0.517 (0.210 – 1.274)
Con empleo	13	35.1%	22	51.2%		
Sin empleo	24	64.9%	21	48.8%		
Apoyo económico					0.184	0.526 (0.426 – 0.649)
Si	37	100.0%	41	95.3%		
No	0	0.0%	2	4.7%		
Ingreso Económico					0.954	0.974 (0.393 - 2.413)
Menor 750 soles	23	62.2%	27	62.8%		
750 a 1000 soles	14	37.8%	16	37.2%		
Total	37	100.0%	43	100.0%		

Fuente: Cuestionario sobre factores riesgo para el inicio tardío

En la tabla N°2 se muestra que existieron frecuencias similares entre los grupos de gestantes que iniciaron tardía y tempranamente su atención prenatal, observándose que la edad de la gestante ($p=0.154$, $OR=0.476$), el vivir con su pareja ($p=0.41$, $OR=1.462$), su grado de instrucción ($p=0.50$, $OR=1.939$), su situación laboral ($p=0.150$, $OR=0.517$), el recibir apoyo económico ($p=0.184$, $OR=0.526$) y el ingreso económico percibido ($p=0.954$, $OR=0.974$) no se consideran factores de riesgo de inicio tardío del control prenatal.



Tabla N°3: Factores personales de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra”. 2015

Factores Personales		Inicio de la Atención Prenatal				p	OR
		Inicio Tardío		Inicio Temprano			
		N	%	N	%		
Dificultad de acudir al CPN por su trabajo.	Si	14	37.8%	3	7.0%	0.001	8.11 (2.108 – 31.254)
	No	23	62.2%	40	93.0%		
Antecedente de experiencias negativas durante consultas en establecimientos de salud	Si	9	24.3%	0	0.0%	0.001	2.536 (1,901 – 3,383)
	No	28	75.7%	43	100.0%		
Su familia muestra poco interés por salud	Si	7	18.9%	0	0.0%	0.003	2.433 (1.849 – 3.202)
	No	30	81.1%	43	100.0%		
Problema de salud durante el embarazo.	Si	6	16.2%	0	0.0%	0.006	2.387 (1.825 – 3.122)
	No	31	83.8%	43	100.0%		
Víctima de violencia	Si	5	13.5%	0	0.0%	0.013	2.344 (1.803 – 3.047)
	No	32	86.5%	43	100.0%		
Problemas de dinero para costear su atención prenatal.	Si	14	37.8%	6	14.0%	0.014	3.754 (1.264 – 11.151)
	No	23	62.2%	37	86.0%		
Considera que el CPN no es importante	Si	4	10.8%	0	0.0%	0.027	2.303 (1.782 – 2.977)
	No	33	89.2%	43	100.0%		
Familia muestra interés por la atención prenatal	Si	22	59.5%	23	53.5%	0.591	1.275 (0.524 – 3.102)
	No	15	40.5%	20	46.5%		
Relación con pareja apropiada	Si	22	59.5%	26	60.5%	0.927	0.959 (0.391 – 2.351)
	No	15	40.5%	17	39.5%		
Pareja muestra apoyo afectivo	Si	29	78.4%	29	67.4%	0.275	1.75 (0.638 – 4.803)
	No	8	21.6%	14	32.6%		
Total		37	100.0%	43	100.0%		

Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo para el inicio tardío de la Atención Prenatal

En la tabla N°3 se observan frecuencias similares en cuanto al interés de la familia por el CPN ($p=0.591$, $OR=1.275$), la relación apropiada con la pareja ($p=0.927$, $OR=0.959$) y el apoyo afectivo de la pareja ($p=0.275$, $OR=1.75$), tanto para los grupos de gestantes que iniciaron la atención prenatal de forma tardía y temprana, no evidenciándose relación entre ambas variables. Por tanto no son considerados factores de riesgo para el inicio tardío del control prenatal.

Sin embargo, ser víctima de violencia (I. tardío=13.5%, I Temprano=0%) ($p=0.013$), que la familia muestre poco interés por la salud de la gestante (I. tardío=18.9%, I Temprano=0%) ($p=0.003$), presentar problemas durante el embarazo (I. tardío=16.2%,



I Temprano=0%) ($p=0.006$), tener problemas de dinero para costear la atención prenatal (I. tardío=37.8%, I Temprano=14%) ($p=0.014$), tener dificultades de acudir al CPN por su trabajo (I. tardío=37.8%, I Temprano=7%) ($p=0.001$), el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud (I. tardío=24.3%, I Temprano=0%) ($p=0.001$) y considerar poco importante la atención prenatal (I. tardío=10.8%, I Temprano=0%) ($p=0.027$), presentaron frecuencias significativamente diferentes; por tanto, se consideran factores de riesgo asociados al inicio de la atención prenatal.

Evidenciándose que el ser víctima de violencia presenta un riesgo de 2.34 veces para el inicio tardío de la atención, la falta de interés de la familia por la salud es un factor de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal, es decir, la proporción de riesgo es 2.43 veces mayor, asimismo hay 2.38 veces más riesgo de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que tienen problemas de salud durante el embarazo. Los problemas de dinero, la dificultad de acudir a la atención prenatal por su trabajo, el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud y la poca importancia otorgada a la atención prenatal también tienen 3.75, 8.11, 2.53 y 2.30 veces más riesgo, respectivamente, para el inicio tardío de la atención prenatal.



Tabla N°4: Factores obstétricos de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra”. 2015

Factores Obstétricas	Inicio de la Atención Prenatal				p	OR
	Inicio Tardío		Inicio Temprano			
	N	%	N	%		
Gestaciones					0.000	4.583 (2.779 – 7.559)
Multigesta	25	67.6%	0	0.0%		
Primigesta	12	32.4%	43	100.0%		
Tipo de Embarazo					0.06	3.194 (0.930 – 10.961)
No planificado	33	89.2%	31	72.1%		
Planificado	4	10.8%	12	27.9%		
Abortos					0.58	1.286 (0.524 – 3.154)
Si	16	43.2%	16	37.2%		
No	21	56.8%	27	62.8%		
Periodo Intergenésico					0.32	1.578 (0.635 – 3.925)
< 2 años	16	43.2%	14	32.6%		
> o igual a 2	21	56.8%	29	67.4%		
Paridad					0.27	0.571 (0.208 - 1.568)
Múltipara	8	21.6%	14	32.6%		
Nulí - Primiparidad	29	78.4%	29	67.4%		
Total	37	100.0%	43	100.0%		

Fuente: Cuestionario sobre factores riesgo para el inicio tardío de la Atención Prenatal

La tabla N°4, muestra los factores de riesgo obstétricos de las gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal, observándose frecuencias similares entre ambos grupos para la paridad ($p=0.27$, $OR=0.571$), el antecedente de abortos ($p=0.58$, $OR=1.286$) y el periodo intergenésico ($p=0.32$, $OR=1.578$), el tipo de embarazo (I. tardío=89.2%, I. Temprano=72.1%) ($p=0.05$) presenta ($OR=3.19$) Por tanto no son considerados factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal.

Sin embargo, el ser multigesta (I. tardío=67.6%, I. Temprano=0%) ($p=0.000$) presenta frecuencias diferentes, por tanto se considera como factor de riesgo de inicio tardío de la atención prenatal ($OR=4.58$).



Tabla N°5: Factores institucionales de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra”. 2015

Factores Institucionales		Inicio de la Atención Prenatal				p	OR
		Inicio Tardío		Inicio Temprano			
		N	%	N	%		
El costo es adecuado de la consulta	Si	32	86.5%	40	93.0%	0.331	0.480 (0,107 – 2.162)
	No	5	13.5%	3	7.0%		
Logro conseguir turno	Si	28	75.7%	36	83.7%	0.370	0.605 (0,200 – 1.825)
	No	9	24.3%	7	16.3%		
Usuaría de SIS	Si	29	78.4%	28	65.1%	0.191	1.942 (0.712 – 5.294)
	No	8	21.6%	15	34.9%		
Conforme con el trámite	Si	31	83.8%	40	93.0%	0.192	0.388 (0.09 – 1.674)
	No	6	16.2%	3	7.0%		
Dificultad para acceder al establecimiento	Si	6	16.2%	5	11.6%	0.552	1.471 (0.41 – 5.281)
	No	31	83.8%	38	88.4%		
Incomodidad con el sexo del profesional	Si	23	62.2%	28	65.1%	0.784	0.88 (0.353 – 2.194)
	No	14	37.8%	15	34.9%		
Horario compatible	Si	34	91.9%	40	93.0%	0.848	0.850 (0.161 – 4.490)
	No	3	8.1%	3	7.0%		
Trato del profesional adecuado	Si	32	86.5%	36	83.7%	0.730	1.244 (0.359 – 4.311)
	No	5	13.5%	7	16.3%		
Tiempo de espera adecuado para asistir	Si	16	43.2%	12	27.9%	0.152	1.968 (0.776 – 4.994)
	No	21	56.8%	31	72.1%		
Ambiente adecuado del consultorio de obstetricia	Si	33	89.2%	40	93.0%	0.545	0.619 (0.129 – 2.963)
	No	4	10.8%	3	7.0%		
Total		37	100.0%	43	100.0%		

Fuente: Cuestionario sobre factores riesgo para el inicio tardío de la Atención Prenatal

La Tabla N°5 muestra que existieron frecuencias similares entre el grupo de gestantes de inicio temprano y tardío de la atención prenatal, observándose que una opinión positiva del: costo adecuado de la consulta ($p=0.331$, $OR=0.480$), el lograr conseguir turno ($p=0.370$, $OR=0.605$), ser usuaria de SIS ($p=0.191$, $OR=1.942$), el estar conforme con el trámite ($p=0.192$, $OR=0.388$), la dificultad para acceder al establecimiento ($p=0.552$, $OR=1.471$), la incomodidad con el sexo del profesional ($p=0.784$, $OR=0.88$), el horario compatible ($p=0.848$, $OR=0.850$), el trato adecuado del profesional ($p=0.730$, $OR=1.244$), el tiempo de espera para asistir a la atención prenatal ($p=0.152$, $OR=1.968$) y el ambiente del consultorio ($p=0.545$, $OR=0.619$), no se encontraron asociados, por lo tanto no se consideran como factor de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal.



Tabla N°6: Resumen de los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra”. 2015

Factores de riesgo		Inicio de la Atención Prenatal				p	OR
		Inicio Tardío		Inicio Temprano			
		N	%	N	%		
Factores personales							
Dificultad de acudir al CPN por el trabajo.	Si	14	37.8%	3	7.0%	0.001	8.11 (2.108 – 31.254)
	No	23	62.2%	40	93.0%		
Antecedente de experiencias negativas durante consultas en establecimientos de salud	Si	9	24.3%	0	0.0%	0.001	2.536 (1,901 – 3,383)
	No	28	75.7%	43	100.0%		
Su familia muestra poco interés por salud	Si	7	18.9%	0	0.0%	0.003	2.433 (1.849 – 3.202)
	No	30	81.1%	43	100.0%		
Problema de salud durante el embarazo.	Si	6	16.2%	0	0.0%	0.006	2.387 (1.825 – 3.122)
	No	31	83.8%	43	100.0%		
Víctima de violencia	Si	5	13.5%	0	0.0%	0.013	2.344 (1.803 – 3.047)
	No	32	86.5%	43	100.0%		
Problemas de dinero para costear su atención prenatal.	Si	14	37.8%	6	14.0%	0.014	3.754 (1.264 – 11.151)
	No	23	62.2%	37	86.0%		
Considera que el CPN no es importante	Si	4	10.8%	0	0.0%	0.027	2.303 (1.782 – 2.977)
	No	33	89.2%	43	100.0%		
Factores obstétricos							
Gestaciones						0.000	4.583 (2.779 – 7.559)
Multigesta		25	67.6%	0	0.0%		
Primigesta		12	32.4%	43	100.0%		
Total		37	100.0%	43	100.0%		

Fuente: Cuestionario sobre factores riesgo para el inicio tardío de la Atención Prenatal



4. DISCUSIONES

Durante el embarazo, la atención prenatal busca mejorar la salud materno-perinatal y evitar la aparición de complicaciones que podrían ser perjudiciales para el binomio madre-niño, por ello es importante que una gestante acuda a estas consultas de manera precoz, es decir que su inicio sea durante el primer trimestre de embarazo, puesto que es en la primera atención prenatal donde se evalúa de manera más exhaustiva a la gestante, así como los posibles riesgos que podría llevar el embarazo, sin embargo en algunos casos esto no se realiza en los primeros tres meses del embarazo, probablemente por una serie de motivos y razones que llevan a las gestantes a iniciarlo de manera tardía.

En el presente estudio se ha observado que en el Centro de Salud Leonor Saavedra, el 46.3% de las gestantes inicia su atención prenatal tardíamente (a las 14 semanas o después), lo cual coincide con los resultados de Córdova y cols⁶, quienes evidenciaron en su estudio que hubo un menor porcentaje (48.3%) de gestantes que iniciaron su atención prenatal a partir de las 14 semanas de gestación (tardíamente), en comparación a las que iniciaron antes de las 14 semanas (51.7%); estos resultados nos demuestran que hay un porcentaje considerable de pacientes que acude tardíamente a la atención prenatal por una serie de razones, que analizaremos más adelante.

Existen factores socioeconómicos que podrían influir sobre el momento de inicio de la atención prenatal en las gestantes, específicamente en el inicio tardío de dicha atención, a favor de esto, Córdova y cols.⁶ señalaron que la mayoría (74%) de gestantes que tenía un nivel educativo primario iniciaron tardíamente sus controles prenatales; esto difiere con los resultados del presente estudio, ya que el grado de instrucción no se relacionó significativamente al inicio tardío de la atención prenatal ($p=0.50$), ya que en ambos grupos la mayoría de pacientes tuvo educación secundaria (86 vs 76%). Sobre los ingresos económicos de las gestantes, en el estudio realizado por Beeckman⁷ se encontró que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con los bajos ingresos económicos, sin embargo esos resultados contrastan con los hallazgos de esta investigación, ya que en ambos grupos de gestantes se percibe un sueldo menor de 750 soles (62.8% gestantes de inicio temprano, 62.2% gestantes de inicio tardío) por tanto no existe una relación significativa para el inicio tardío de la atención prenatal ($p=0.95$).



Respecto a los factores personales, en la presente investigación, el 37.8% de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal, aplazó el inicio de sus controles por problemas de dinero (OR: 3.75) y por dificultades para acudir a su atención prenatal por su trabajo (OR: 8,11), lo cual es diferente a lo encontrado por Pécora⁵, pues en su estudio refiere que hubo un menor porcentaje de gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal por razones laborales (13%) y económicas (6%). Además en este estudio se señala que los problemas de dinero y las dificultades para acudir a su atención prenatal por su trabajo en las gestantes, presentaron 3 y 8 veces más riesgo para un inicio tardío de la atención prenatal; lo cual coincide por lo señalado por Von Waldenfels²⁷ quien señaló que los problemas de dinero y el trabajar presentaron 2 y 5 veces más riesgo para un inicio tardío de la atención prenatal.

En lo referente a la importancia de la atención prenatal, en el presente estudio se señala que hubo gestantes (10.8%) con inicio tardío de su atención prenatal que manifestaron “no considerar importante el CPN”, sin embargo en el grupo con inicio temprano no hubo ninguna gestante (0%) que esté de acuerdo con esta premisa; estos resultados son similares a lo encontrado por Sunil⁸, pues en su investigación la mayoría de las participantes que iniciaron su atención prenatal tempranamente, reportaron que estaban de acuerdo con la importancia del control prenatal.

En investigaciones previas, se describen factores obstétricos relacionados al inicio tardío de la atención prenatal; Córdova⁶ encuentra que los factores asociados para el inicio del control prenatal después del primer trimestre fueron mujeres con 4 a 6 embarazos previos (multigestas), presentándose estas multigestas con 2 veces más riesgo de iniciar tardíamente sus atención prenatal; estos resultados son semejantes a los del presente estudio pues se evidencia que existe relación significativa entre la condición de multigesta y el inicio tardío de la atención prenatal ($p < 0.001$), que la condición de multigesta presentó 4 veces más riesgo para un inicio tardío de la atención prenatal.

Otro factor que relacionado al inicio tardío de la atención prenatal es la planificación del embarazo, respecto a este factor, Sunil⁸ en su investigación, observa que las mujeres que no habían planificado su embarazo eran más propensas a iniciar tardíamente la atención prenatal, esto es similar al presente estudio puesto que el 72.1%% de las gestantes con inicio temprano de la atención prenatal no planificaron



su embarazo comparado con un 89.2% de las gestantes que iniciaron de manera tardía su atención prenatal.

Algunos estudios realizados mencionan que existen factores institucionales que pueden influir sobre el inicio tardío de la atención prenatal, como el de Beeckman⁷, quienes encontraron en su investigación que las dificultades para conseguir una primera cita se asoció con el inicio tardío de la atención prenatal, así también Pécora¹⁵ encontró que el 33% de las gestantes iniciaron tardíamente la atención prenatal porque no consiguió turno antes para la apertura de la historia clínica en el Hospital. En el presente estudio ninguno de los factores institucionales estuvo relacionado o asociado con el inicio tardío de la atención prenatal, no obstante se encontró que hubo un porcentaje menor de gestantes con inicio temprano de la atención prenatal (16.3%) que no logró conseguir turno para su atención, en comparación con las gestantes que iniciaron tardíamente su control prenatal (24.3%), lo cual demuestra que el poder conseguir una cita para la primera atención prenatal, sería una barrera importante que afectaría su iniciativa por conseguir una atención del embarazo como parte de sus derechos.



5. CONCLUSIONES

El inicio tardío de la atención prenatal en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015 tuvo una frecuencia del 46.3%.

Los factores socioeconómicos no se presentaron como factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal.

Los factores personales de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal son: tener dificultad para acudir al CPN por el trabajo (OR=8.11), tener problemas de dinero (OR=3.754),), el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta (OR=2.53) , la poca preocupación de la familia por la atención prenatal (OR=2.43), presentar problema de salud durante el embarazo (OR=2.38), ser víctima de violencia (OR=2.34), y considerar que la atención prenatal no es importante (OR=2.303).

El factor obstétrico de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal es la condición de ser multigesta (OR=4.58).

Los factores institucionales evaluados en el estudio no son de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal.



6. RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización continua y profunda de los tamizajes de violencia en los consultorios de sexual y reproductiva, con la finalidad de identificar casos de mujeres violentadas, en especial en etapa reproductiva, las cuales puedan ser derivadas y atendidas por un equipo interdisciplinario (psicología, psiquiatría, asistente social, nutricionista, obstetra, abogados) para que puedan recibir soporte integral, consiguiendo de esta manera, que ante un posible embarazo se preocupen por acudir pertinentemente a las atenciones prenatales.

Existen gestantes que no consideran la atención prenatal importante, por lo que, se sugiere sensibilizar a las mujeres en edad fértil, mediante consejerías, charlas o talleres educativos en los colegios en especial en la horas de tutoría (en el caso de adolescentes), sobre los beneficios de la atención prenatal y los problemas o complicaciones que implica el desinterés por asistir tempranamente a la consulta prenatal.

Es necesario enfatizar a las gestantes, que cada embarazo tiene una evolución diferente, y que el solo hecho de ser multigesta ya implica tener una gestación de alto riesgo obstétrico, de tal manera que en su siguiente embarazo puedan acceder a una atención prenatal de forma temprana, puesto que se ha observado que la mayoría de multigestas acuden tardíamente a la atención prenatal.

Se sugiere mejorar la difusión de información mediante spot televisivos, cuñas radiales, actividades preventivo promocionales realizadas por promotores de salud y líderes comunales (asentamientos humanos); de igual manera, se recomienda implementar un sistema de monitoreo análogo al radar de gestantes, que permita identificar a las pacientes en edad reproductiva que no estén afiliadas al SIS, de modo que se les pueda orientar en pro de la inclusión a este sistema de atención, de manera que no tengan ningún impedimento económico para que iniciar sus atenciones prenatales, en caso de una posible gestación.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2009, 60 (2): 165-170.
2. Munares O. Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de postgrado de maestría, 2005.
3. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA. URL disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Salud Materna. [Acceso 15 de enero 2015]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap08.pdf>
5. Cresswell JA, Yu G, Hatherall B, Morris J, Jamal F, Harden A, et al. Predictors of the timing of initiation of antenatal care in an ethnically diverse urban cohort in the UK. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 May 3; 13:103.
6. Córdoba R, Escobar L; Guzmán L. Factores Asociados a la Inasistencia al Primer Trimestre del Control Prenatal en Mujeres Gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila, 2009. Revista Facultad de Salud - RFS 2012;4-1:39-49.
7. Beeckman K1, Louckx F, Putman K. Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of late initiation of prenatal care. Matern Child Health J. 2011 Oct;15(7):1067-75.
8. Sunil T, Spears WD, Hook L; Castillo J, Torres C. Iniciación y obstáculos al uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas. Matern Child Health J. Enero del 2010;14(1):133-40.
9. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima: MINSA; 2007.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010.



11. Hospital San José. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia. Lima: Hospital San José; 2013.
12. Parra M. Capítulo 5: El control prenatal. Año 2009. [Acceso el 13 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf
13. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
14. Quelopana A. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del Área Metropolitana de Monterrey [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería; 2006.
15. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompart V. Control Prenatal Tardío: ¿Barreras En El Sistema De Salud?; Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina 2008; 27(3): 114-119.
16. Arispe C, Salgado M, Tang G, Rojas J. Frecuencia de Control Prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Herediana 2011;22 (4): 169-175.
17. Barrera P. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia; 2008.
18. Esguerra C, Esguerra I. Causas de inasistencia al control prenatal. Avances en Enfermería 1991; 9(2): 99-107.
19. Castro A, Sandesara U. Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú. Lima: Socios en salud sucursal Perú; 2009.
20. Quelopana A. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del Área Metropolitana de Monterrey [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería; 2006.



21. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud pública de México* 2013; 55(6).
22. Santisteban S. Capítulo 8: Atención Prenatal. [Acceso el 03 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/atencion_prenatal.pdf
23. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Acceso el 03 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
24. Gutiérrez M. Hemorragias en el embarazo. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56(1):8-9.
25. Barrero M, Fernández L, Gómez J, et al. Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para madres y padres. 2 ed. España: Junara de Andalucía; 2006.
26. Centro de Asistencia Terapéutica (CAT). Factores protectores. Barcelona; 2008. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/cuales-son-los-factores-de-riesgo-y-protectores>

8. ANEXOS

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN
FACTORES DE RIESGO	Son aquellas características o exposiciones de un individuo que establecen alguna relación con una situación problemática.	FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Edad	Cuantitativa	Razón	Cuestionario Estructurado
			Estado civil	Cualitativa	Nominal	
			Nivel de instrucción	Cualitativa	Ordinal	
			Ocupación	Cualitativa	Nominal	
			Procedencia	Cualitativa	Nominal	
			Labora actualmente	Cualitativa	Nominal	Cuestionario Estructurado
			Apoyo económico			
			Ingresos económicos suficientes			
		FACTORES DE PERSONALES	Temor y vergüenza	Cualitativa	Nominal	Cuestionario Estructurado
			Desinterés	Cualitativa	Nominal	
			Violencia familiar			
			Preocupación de la familia por la salud durante el embarazo			
			Acompañamiento a la primera atención prenatal.			
			Relación con la pareja	Cualitativa	Nominal	Cuestionario Estructurado
			Actitud de la pareja frente al embarazo			
			Apoyo afectivo de la			

			pareja			
			Importancia del control prenatal			
		FACTORES OBSTÉTRICOS	Gestaciones previas	Cuantitativa	Razón	Cuestionario Estructurado
			Número de hijos			
			Periodo intergenésico			
			Embarazo Planificado o deseado	Cualitativa	Nominal	
		FACTORES INSTITUCIONALES	Usaria del SIS	Cualitativa	Nominal	Cuestionario Estructurado
			Conformidad con la cita			
			Limitaciones de acceso			
			Falta de personal de salud femenino			
			Trato en el Centro de Salud			
			Situación de los Equipos del establecimiento			
INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL	Aquella atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después.	Inició tardíamente su atención prenatal	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario Estructurado
		No Inicio tardíamente su atención prenatal	Si No			

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción: Estimada usuaria, usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre los factores que se asocian al inicio tardío de la atención prenatal. Esta investigación es realizada por la Bachiller en Obstetricia, egresada de la universidad Nacional Mayor de San Marcos: Janeth Navarro Vera.

El propósito de esta investigación es identificar los factores de riesgo al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015, ya sean factores personales, sociodemográficos, obstétricos e institucionales. Se encuestaran a todas las gestantes que inicien sus controles prenatales en enero, febrero y la primera semana de marzo, en un promedio de tiempo de 15 minutos.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar los datos de forma anónima, el cuestionario está estructurado en cuatro partes: la primera conformada por 9 preguntas entre abiertas y cerradas, donde se recabará información sobre aspectos socioeconómicos, la segunda parte conformada por 14 preguntas cerradas que recabara información personal, la tercera parte conformada por 6 preguntas sobre los factores obstétricos y la cuarta parte 10 preguntas cerradas sobre los factores institucionales. El participar en este estudio le tomará un tiempo aproximado de 15 minutos.

Riesgos y beneficios: Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad por indagar en la vida de la paciente, por ende, para dar seguridad a nuestras pacientes no se consignaran los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad obstétrica puesto que obtendremos información sobre aquellos factores que influyen para un inicio tardío de la atención prenatal.

Confidencialidad: Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Incentivos: Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Nombre del participante

Firma

III. CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

El contenido de esta encuesta es confidencial y será manejado exclusivamente por bachiller de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Marcos: Janeth Navarro (responsable del estudio), por lo que el anonimato está garantizado. Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste con absoluta sinceridad, la información que usted proporcione, será de gran ayuda para mejorar la atención en el consultorio de obstetricia del centro de salud "Leonor Saavedra".

I. Datos Socioeconómicos:

1. Edad: _____ años
2. Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Viuda
3. Grado de Instrucción:
 - a) Sin Instrucción
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
4. Ocupación: _____
5. Distrito de Procedencia: _____
6. Trabajo actual: _____
7. Vive actualmente con pareja: Si () No ()
8. Apoyo económico de:
 - a) Su pareja
 - b) Sus padres
 - c) Algún familiar
 - d) Amistades
9. Ingreso económico promedio en el hogar:
 - a) menor o igual a S/. 750
 - b) de S/. 750 a S/. 1000
 - c) de S/. 1000 a S/. 2000
 - d) más de 2000

II. Datos personales

10. Antecedentes personal de embarazo adolescente Si () No ()
11. Antecedentes familiares de embarazo adolescente: Si () No ()
Cree que el control prenatal es:
 - a) Muy importante
 - b) importante
 - c) poco importante
 - d) nada importante
12. Durante los últimos años ha sido víctima de violencia: Si () No ()
13. Su familia NO se preocupa por su salud durante su embarazo: Si () No ()
14. Su pareja mostro interés por acompañarla a su 1er control prenatal: Si () No ()
15. La relación con su pareja es apropiada: Si () No ()
16. ¿Su pareja demuestra apoyo afectivo en el actual embarazo: Si () No ()
17. ¿Algún problema de salud aplazó el inicio de su 1er control prenatal? Si () No ()
18. ¿El dinero hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal? Si () No ()
19. ¿El trabajo hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal? Si () No ()
20. ¿El cuidar a sus hijos hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal? Si () No ()

21. ¿Una experiencia negativa de atención en algún establecimiento de salud hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal Si () No ()
22. ¿Usted considera que el control prenatal NO es importante? Si () No ()
23. ¿Siente interés por asistir a los controles prenatales? Si () No ()

III. Datos obstétricos

24. Número de veces que ha estado embarazada: _____
25. Número de hijos : _____
26. Número de partos: _____
27. Numero Abortos: _____
28. Luego de cuantos años está embarazada nuevamente: _____
- Su actual embarazo fue:
- a) Deseado b) No Planificado c) Falla de método
29. Semanas o meses de embarazo en que está iniciando actualmente su control prenatal: _____

IV. Datos Institucionales

30. ¿El costo de la consulta prenatal es adecuado? Si () No ()
31. ¿Consiguió turno para acceder a la consulta prenatal? Si () No ()
32. Usted es usuaria del SIS: Si () No ()
33. Está conforme con el trámite para sacar la cita del control prenatal: Si () No ()
34. Tiene dificultad para llegar al establecimiento de salud: Si () No ()
35. Siente incomodidad de que una persona de sexo masculino le realice la atención prenatal: Si () No ()
36. ¿El horario de la atención del servicio es compatible con su tiempo? Si () No ()
37. ¿Considera que el trato en el establecimiento de salud es el adecuado: Si () No ()
38. ¿Considera que el tiempo de espera para asistir a su 1er control prenatal es el adecuado? Si () No ()
39. ¿Considera que el consultorio de Obstetricia tiene un ambiente adecuado? Si () No ()

IV. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad se utilizó el índice de confiabilidad de Kuder Richardson:

Para lo cual se aplicó la siguiente fórmula:

$$C_f = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\overline{X(n-\overline{X})}}{n\sigma^2} \right]$$

Dónde:

Cf= Coeficiente de confiabilidad.

n= Puntaje máximo alcanzado

x= Promedio de los puntajes obtenidos.

σ = Desviación Standard de la puntuaciones de la prueba.

VALORES ESTABLECIDOS DE KUDER RICHARSON

TABLA DE KUDER RICHARSON
0.53 a menos= confiabilidad nula
0.54 a 0.59= Confiabilidad baja
0.60 a 0.65 = confiable
0.66 a 0.71 = muy confiable
0.72 a 0.99 = Excelente confiabilidad
1 = Confiabilidad Perfecta.

TABLA N°02: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO (Kuder-Richarson)

Coeficiente de Kuder – Richardson														
	Preguntas o ítems												Puntaje Total (xi)	(xi-X)²
Encuestado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12		
E1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10	0
E2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	9	1
E3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	4
E4	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	10	0
E5	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	8	4
E6	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10	0
E7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	9	1
E8	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10	0
E9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	4
E10	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	10	0
Total	6	10	10	9	7	10	5	10	10	8	5	10	100	8100
Media	0.60	1.00	1.00	0.90	0.70	1.00	0.50	1.00	1.00	0.80	0.50	1.00	10	0
p=	0.60	1.00	1.00	0.90	0.70	1.00	0.50	1.00	1.00	0.80	0.50	1.00	191	32761
q=	0.40	0.00	0.00	0.10	0.30	0.00	0.50	0.00	0.00	0.20	0.50	0.00	2	64
p.q=	0.24	0.00	0.00	0.09	0.21	0.00	0.25	0.00	0.00	0.16	0.25	0.00	362	123904
# de ítems	12													
# de encuestas	10													
(st)exp2	810.00													
rtt	0.603													